

GE_GERICHTE A/3063/2010 vom 10. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3063_2010

FR: GE_GERICHTE A/3063/2010 du 10 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/3063/2010 del 10 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur D _____, à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Elisabeth GABUS-THORENS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur D _____ (ci-après l'assuré), né en 1960 à Albertville (France), a obtenu un brevet de technicien supérieur en fabrication mécanique en 1981. Il a travaillé dans diverses entreprises en France de mai 1983 à mai 1985, avant de s'établir en Suisse où il a enchaîné plusieurs emplois en tant que mécanicien. Le 7 mai 1982, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation qui a entraîné un traumatisme crânien avec coma et une luxation exposée du genou gauche, suivis d'une longue hospitalisation. Le 28 décembre 2005, à la suite d'un accident de ski ayant causé une fracture du fémur gauche, l'assuré a subi une ostéosynthèse de l'extrémité inférieure du fémur par plaque LPC. Les médecins ont prescrit un arrêt de travail du 27 décembre 2005 au 26 mars 2006. Le 22 juin, l'assuré a déposé une demande tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). A l'appui de sa demande de prestations, il a invoqué un multitraumatisme du fémur gauche au genou, des problèmes de dos et des troubles psychologiques. Il a exposé que son accident en 1982 avait entraîné des difficultés au niveau professionnel, et qu'il avait dû mettre un terme à toutes ses activités professionnelles en 1996, étant "à bout de souffle". Après avoir épuisé son droit au chômage, il avait vécu de ses économies et grâce à l'aide de sa famille. Il a indiqué être traité notamment par la Dresse L _____, psychiatre, pour ses atteintes psychiques. Dans son rapport du 23 juillet 2007, la Dresse M _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques existant depuis environ 20 ans, qui s'étaient aggravées depuis 15 mois, de fracture du fémur distal gauche opérée en décembre 2005, de gonarthrose gauche, de status après fracture ouverte du genou gauche en 1982 et de probable état dépressif, en précisant qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail, qu'elle considérait comme nulle depuis le 16 avril 2007, date du début du traitement par ses soins. L'activité de mécanicien n'était plus exigible. L'état de santé de l'assuré était stationnaire et pouvait être amélioré par des mesures médicales. Des mesures professionnelles étaient indiquées. Une autre activité peu contraignante physiquement, sans port de charges ni activités statiques prolongées et mouvements répétés de flexion des genoux, pouvait être exigée, à raison de quatre heures par jour pour commencer. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: alternance des positions assise et debout et marche, pas de position à genoux ou avec inclinaison du buste, en position accroupie, port de charges limité à 10 kilos très occasionnellement, pas d'horaire de travail irrégulier ou de nuit en raison de la fragilité psychologique de l'assuré, pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le Dr N _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, a indiqué dans son rapport du

31 août 2007 qu'il suivait l'assuré depuis le 22 mars de la même année. Celui-ci se plaignait de douleurs du genou persistant également au repos, à la suite d'une fracture du genou gauche en 1982 et d'une fracture supracondylienne du fémur gauche en 2005, traitée par ostéosynthèse. Compte tenu du diagnostic de pseudarthrose infectée d'une fracture supra-condylienne et d'une arthrose tricompartmentale post-traumatique, l'assuré devait être pris en charge par le Service d'orthopédie septique des HUG. Les mesures de recyclage professionnel, si elles étaient souhaitables pour l'avenir, n'étaient pas envisageables actuellement en raison du traitement à intervenir. L'OAI n'a pas pu obtenir de renseignements de la Dresse L_____, bien qu'il l'ait contactée à six reprises. Par courrier du 8 mai 2008, l'assuré a communiqué le nom de son nouveau psychiatre à l'OAI et ajouté que son état se dégradait: il avait subi deux infiltrations coup sur coup au niveau du dos. Dans son rapport du 4 juillet 2008, le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et nouveau médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F 33.2) et de trouble de la personnalité (F 33.2) existant depuis 1990, de séquelles de l'accident de moto en 1982 avec atteinte ostéo-articulaire de la jambe gauche et de séquelles de la fracture du fémur gauche en 2007. Il traitait l'assuré depuis le mois de décembre 2005. Le Dr O_____ a indiqué que l'incapacité de travail était complète depuis 1996, et les troubles psychiques de l'assuré entraînaient une suppression totale de sa capacité de travail et des possibilités de réadaptation. Sa capacité de concentration, d'adaptation et sa résistance étaient restreintes par la fatigabilité et la dépression. Dans son rapport du 21 août 2008, le Dr P_____, médecin adjoint au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a précisé qu'il avait été consulté uniquement sur la question de la consolidation versus ostéomyélite du fémur gauche en janvier 2008 et ne se prononçait dès lors pas sur la capacité de travail de l'assuré. La consolidation osseuse était parfaitement acquise, mais l'assuré présentait une arthrose du genou post-traumatique entraînant des douleurs. Le pronostic était mauvais, il était probable que l'assuré doive subir de nouvelles interventions chirurgicales. Dans un avis du 17 décembre 2008, le Dr Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR) a noté que selon son téléphone avec le Dr O_____, le trouble dépressif était récurrent et l'anamnèse révélait des épisodes libres de dépression. Une investigation supplémentaire sur le plan psychologique était nécessaire, le Dr O_____ n'ayant mentionné que trois critères de la dépression. Il y avait donc lieu d'interroger l'ancienne psychiatre de l'assuré et de compléter le rapport du Dr O_____. Dans un rapport du 18 mai 2009, la Dresse R_____, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé les diagnostics de lombosciatalgies gauches depuis plusieurs années et de gonarthrose gauche post-traumatique depuis 1982, et de fracture du fémur gauche opérée depuis 2005 en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail. Elle a également mentionné l'état dépressif en précisant qu'il était sans incidence sur la capacité de travail de l'assuré. La Dresse R_____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail en relevant qu'à sa connaissance, l'assuré avait interrompu toute activité professionnelle en 1996. Dans son rapport du 22 mai 2009, le Dr S_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a notamment posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère. Le médecin a précisé que l'assuré ne travaillait plus depuis 1996 et a considéré que celui-ci ne pouvait reprendre ni son ancienne activité ni aucune autre activité rémunérée en raison des douleurs dans toutes les positions, associées aux troubles psychiques. Le médecin a fait état des limitations fonctionnelles suivantes: pas

d'activité uniquement assis, debout, en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, ni activité impliquant des rotations, le port de charges de plus de 5 kilos, l'utilisation d'échelles ou d'échafaudages. En outre, les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance étaient limitées par les troubles psychiques. L'OAI a diligenté une expertise confiée à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION, où l'assuré a séjourné du 28 au 30 septembre 2009. Le Dr T _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, le Dr U _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et le Dr V _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont rendu leur rapport le 5 octobre 2009. Dans l'anamnèse, les médecins ont relevé qu'il était difficile de dater avec précision l'affection actuelle. Lors de l'accident de ski subi en 2005, l'assuré ne travaillait plus depuis une dizaine d'années, essentiellement en raison de douleurs dorsales, du membre inférieur gauche et de problèmes psychologiques. En été 2009, une hernie discale lombaire avec compression radiculaire, notamment au niveau L3-L4, avait conduit à une intervention de neurochirurgie. L'assuré a indiqué souffrir de lombalgies chroniques depuis 10 à 15 ans, qui allaient en s'aggravant et il conservait une certaine faiblesse du pied gauche à la marche. Il signalait également des gonalgies gauches d'intensité variable, allant de peu importantes à sévères et accompagnées d'un sentiment d'insécurité et de limitation de la mobilité, qui réduisaient le périmètre de marche à 10-15 minutes; ainsi que des douleurs dans la région distale du fémur gauche. Les médecins ont également pris connaissance du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à son examen clinique, qui a révélé les éléments suivants. Les épaules, coudes, poignets et mains étaient sans particularités. Pour la colonne, les médecins signalaient un bassin horizontal en position debout, une lordose un peu effacée sans déformation scoliothique associée. La flexion antérieure se faisait avec un test de Schober de 10-11 cm, les mouvements de flexion latérale et de rotation droite-gauche étaient complètement inhibés. L'habillage, le déshabillage et les changements de position se faisaient prudemment et avec difficulté. L'assuré présentait également une cyphose physiologique sans déformation scoliothique associée, avec un segment lombaire sous-jacent rigide, un test de Schober à 30 à 32 cm, des mouvements de flexion latérale et de rotation droite-gauche limités de moitié. Au niveau cervical, on constatait une lordose physiologique sans déformation scoliothique associée, sans limitation de la mobilité. L'examen clinique des hanches ne montrait pas de boiterie de Trendelenburg-Duchenne, les mobilités articulaires étaient libres et symétriques. S'agissant des genoux, l'articulation gauche présentait de nombreuses cicatrices, ainsi qu'une certaine enflure et déformation des contours, mais sans signe d'épanchement articulaire. La démarche se faisait avec une boiterie de décharge du membre inférieur gauche et une tendance au steppage du pied gauche. Les mobilités articulaires présentaient les valeurs comparatives suivantes: flexion-extension de 130°-0°-0° à droite contre 100°-0°-0° gauche. Le genou gauche présentait en outre une instabilité en croix du ligament collatéral interne, au niveau du pivot central, tiroir postérieur avec un arrêt dur, Lachmann postérieur, mais pas d'instabilité rotatoire de type pivot de shift. L'examen clinique des chevilles et des pieds était quant à lui sans particularité. Du point de vue neurologique, l'examen sommaire central ne montrait pas de trouble de l'équilibre ou de la coordination, ni de pathologie grossière au niveau des paires crâniennes. Au niveau périphérique, la situation pouvait être résumée comme suit: la mesure des trophicités musculaires montrait une hypotrophie de 3 cm du membre inférieur gauche au niveau de la cuisse et du mollet. Au niveau des forces, celles-ci étaient symétriques dans les régions proximales. Périphériquement à gauche, il y avait une

importante faiblesse des releveurs du pied et des orteils. La marche sur la pointe des pieds était possible des deux côtés, la marche sur les talons impossible à gauche. Une zone d'hypoesthésie existait sur la face antérieure du tibia gauche dans la région du nerf infra-patellaire, sans trouble dans les dermatomes cutanés. S'agissant des réflexes, les médecins ont constaté une aréflexie rotulienne gauche mais des réflexes achilléens symétriquement présents. Les médecins ont souligné que la situation n'était pas stabilisée, s'agissant des douleurs dorsales, compte tenu de la récente intervention chirurgicale, et une réévaluation devrait avoir lieu dans les six mois. Cependant, si l'on tenait compte uniquement de l'atteinte somatique, il était vraisemblable qu'une capacité de travail significative puisse être exigée dans une activité adaptée. Ils ont posé les diagnostics suivants, en précisant qu'ils avaient des répercussions sur la capacité de travail: trouble mixte de la personnalité (F61.0), à traits émotionnellement labiles, dépendants et dyssociaux; trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1); gonarthrose gauche post-traumatique sur status après luxation du genou en 1982 (M 17.3); lombosciatalgies gauches sur discarthroses étagées avec hernie discale L3-L4 gauche, opérée le 18 septembre 2009 (M 54.4) et status après fracture de l'extrémité distale du fémur gauche traitée par réduction sanglante et ostéosynthèse (Z 98.8). Sur le plan psychiatrique, le Dr V_____ a rappelé que l'assuré avait renoncé "à une recherche très active d'emploi" en 1996, se sentant épuisé physiquement et psychiquement. L'assuré se plaignait non seulement de lombalgies chroniques et de gonalgies, mais décrivait un mal-être et une instabilité profonde le conduisant à vivre au jour le jour, songeant souvent au suicide. Le psychiatre a constaté une thymie globale assez basse, avec de faibles fluctuations, des périodes de mal-être de quelques mois alternant avec de courtes périodes de rémission, un discours teinté de fatalisme et des idées suicidaires récurrentes décrites dès l'adolescence mais sans passage à l'acte. L'anamnèse était assez difficile à reconstituer. Le contenu du discours de l'assuré frappait par l'alternance entre une image de soi très instable et une surévaluation de sa capacité et de sa valeur et une image de soi très médiocre. Il y avait aussi un sentiment de vide et d'abandon, semblant constant, contre lequel l'assuré luttait par un besoin compulsif de séduction. Le sommeil était acceptable grâce au traitement médicamenteux. Dans les traits de personnalité, le médecin relevait encore quelques éléments dyssociaux dont une certaine indifférence envers les sentiments d'autrui, une incapacité à maintenir durablement des relations alors même que l'assuré ne rencontrait pas de difficultés à en établir, ainsi qu'une attitude de mépris relatif des normes, des règles, des contraintes sociales. Le tableau clinique corroborait en premier lieu un trouble de la personnalité, à savoir une perturbation sévère de la constitution du caractère. Le Dr V_____ a conclu à un trouble mixte de la personnalité dont les traits principaux étaient de type émotionnellement labile (avec en particulier une image de soi très fluctuante, à traits dépendants, avec peur majeure de l'abandon conduisant à un comportement compulsif de séduction, tendance à l'auto-sabotage), et traits dyssociaux (refus des règles et des normes, incapacité à maintenir durablement des relations) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, d'intensité actuelle moyenne sous traitement antidépresseur et suivi psychothérapeutique régulier. En synthèse, l'assuré présentait une psychopathologie chronique, principalement sous la forme d'un trouble de la personnalité. Concernant ses aptitudes à une activité professionnelle, ses capacités adaptatives étaient dépassées, également en raison des problèmes physiques. Ainsi, quelle que soit l'activité, la psychopathologie de l'assuré entraînait une incapacité complète, probablement durable. Le psychiatre préconisait tout au plus la poursuite d'une psychothérapie susceptible de

permettre l'exercice de petites activités occupationnelles. Dans son avis du 12 mars 2010, le Dr Q_____ a résumé l'expertise et indiqué qu'une révision du droit à la rente n'était pas justifiée avant cinq ans, voire sur demande de l'assuré seulement. L'OAI a adressé un projet d'acceptation de rente à l'assuré, non daté. Il a retenu que la capacité de travail de celui-ci était considérablement restreinte depuis le 1^{er} janvier 1996. La demande de l'assuré étant tardive, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière dès le 22 juin 2006, soit pour les douze mois précédant sa demande de rente. Par décision du 13 juillet 2010, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Le montant de la rente simple octroyée était fixé à 1'484 fr. pour la période de juin à décembre 2006, 1'525 fr. de janvier 2007 à décembre 2008 et 1'573 fr. dès janvier 2009, assortie d'intérêts moratoires de 1'157 fr. Elle était calculée sur un revenu annuel moyen déterminant de 68'400 fr., une durée de cotisations de dix ans (soit de 1985 à 1995) et se fondait sur l'échelle de rente partielle 33. Par écriture du 14 septembre 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et à la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la date de la survenance de l'invalidité et au nouveau calcul du montant de la rente en tenant compte des cotisations versées jusqu'à la survenance de l'invalidité. Il a également requis le retrait de l'effet suspensif du recours. Il fait valoir qu'il a exercé un emploi temporaire de six mois du 1^{er} mars 1998 au 31 août 1998, rémunéré à hauteur de 3'400 fr. par mois et qu'il a cotisé bien après le 1^{er} janvier 1996 puisqu'il bénéficiait de cotisations de l'assurance-chômage avant et après le 31 août 1998. Partant, on ne peut donc considérer sa capacité de travail comme restreinte dès le 1^{er} janvier 1996. A l'appui de son recours, il a notamment produit les décomptes de salaires afférents à l'emploi exercé en 1998, dont il ressort qu'il s'agissait d'une mesure de marché du travail allant du 1^{er} mars au 7 août 1998, et qu'il a durant cette mesure été absent quinze jours pour cause de maladie. Par courrier du 28 septembre 2010, l'intimé a indiqué s'en remettre à justice s'agissant du retrait de l'effet suspensif. Dans un courrier du 30 septembre 2010 adressé à l'intimé, la CAISSE CANTONALE DE COMPENSATION DE GENÈVE (CCCG) a renoncé à se déterminer sur les modalités de calcul de la rente en relevant que la question litigieuse en l'espèce, soit la survenance de l'invalidité, était de la compétence de l'intimé. Dans un avis du 5 octobre 2010, le Dr Q_____ a exposé que la date du 1^{er} janvier 1996 avait été retenue comme début de l'incapacité de travail en raison de divers éléments ressortant de l'expertise, qui constatait une désinsertion progressive du monde du travail dès 1996 et faisait apparaître cette année comme celle de la décompensation du trouble de la personnalité justifiant l'incapacité de travail. Dans sa réponse du 25 octobre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se référant à l'avis du Dr Q_____. Le Tribunal cantonal des assurances sociales a fait savoir au recourant par courrier du 29 octobre 2010 qu'il ne rendrait aucun jugement incident sur le retrait de l'effet suspensif puisque renseignements pris auprès de la CCCG, le recourant continuait à percevoir sa rente nonobstant recours. Par réplique du 26 novembre 2010, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il allègue des contradictions entre les différents rapports médicaux, la Dresse W_____ reconnaissant une incapacité totale de travail dès le 16 avril 2007, la Dresse R_____ indiquant que l'activité a été interrompue en 1996, tout comme le Dr SY_____, ce dernier sans étayer cette indication et sans connaître le recourant, qu'il suivait depuis peu. Il reprend pour le surplus les arguments développés dans son recours, en soulignant que l'assurance-chômage l'a considéré apte au travail au-delà du 1^{er} janvier 1996 et qu'il a suivi un cours d'informatique en 1997 et soutient que la rente doit être

calculée en tenant compte des cotisations versées jusqu'à la fin de son droit au chômage. Dans sa duplique du 10 décembre 2010, l'intimé s'est déterminé en rappelant que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont pas un caractère complémentaire et que la date de la survenance de l'invalidité est sans rapport avec des facteurs externes fortuits, tels que le moment où l'assuré présente une demande ou apprend qu'il a droit à des prestations. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans la forme et le délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). Le litige porte sur les modalités de calcul de la rente, en particulier le nombre d'années de cotisations à prendre en compte. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1; ATF 129 V 4, consid. 1.2; ATF 127 V 467, consid. 1; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). Lorsqu'on se trouve dans un cas de demande tardive, comme en l'espèce, il y a lieu de se fonder sur le droit en vigueur au moment de la survenance de l'invalidité, déterminant pour le calcul de la rente (ATF I 476/99 du 20 juillet 2001, consid. 2). S'agissant des modalités de calcul de la rente, la Cour de céans observe ce qui suit. Aux termes de l'art. 36 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, les dispositions de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires. Cet article a été modifié lors de la 5^{ème} révision de l'AI, qui a relevé la durée minimale de cotisations d'un à trois ans et a supprimé le supplément de carrière (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4323). Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 36 al. 2 prévoyait également l'application par analogie des dispositions de la LAVS pour le calcul des rentes ordinaires. L'at. 29 bis al. 1 LAVS dispose que le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré (âge de la retraite ou décès). Cet article, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997, a été introduit lors de la 10^{ème} révision de l'AVS. Cela étant, cette révision n'a pas amené de modifications aux modalités de prise en compte des années de cotisations, qui constitue ici l'objet du litige. En effet, avant cette date, l'art. 30 al. 2 aLAVS prévoyait que le revenu annuel moyen s'obtenait en divisant le revenu total sur lequel des cotisations ont été payées par le nombre des années de cotisations, et qu'il était tenu compte seulement des cotisations que l'assuré avait payées du 1^{er} janvier de l'année suivant celle où il avait accompli sa 20^{ème} année au 31 décembre de l'année qui précédait l'ouverture du droit à la rente, et des années de cotisations correspondantes. Selon la jurisprudence (ATF 129 V 124, consid.

4.1.1 ; ATF 124 V 159 , consid. 4b), l'art. 30 al. 2 aLAVS et l'art. 29 bis LAVS sont directement applicables au calcul de la rente d'invalidité. Il n'est pas permis, lors de la prise en compte des années de cotisations et du revenu déterminants du point de vue de l'assurance-invalidité, de déroger aux règles régissant le calcul de la rente de vieillesse, même si, aux termes de l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS concernant le calcul des rentes sont simplement applicables par analogie (ATF I 36/06 du 23 février 2007, consid. 3.2). Partant, afin de déterminer le nombre d'années de cotisations à prendre en compte, il convient de déterminer à quel moment le droit à la rente est survenu. A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Jusqu'au 31 décembre 2007, l'art. 29 al. 1^{er} LAI prévoyait que le droit à la rente naissait au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à la rente, ce moment est réputé survenu au terme de l'année durant laquelle l'assuré a subi une incapacité de travail de 40 % au moins sans interruption notable (ATF I 423/04 du 2 juin 2005, consid. 3.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 , consid. 5b; ATF 125 V 193 , consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2; ATF 126 V 319 , consid. 5a). Conformément à la jurisprudence, lorsque les déclarations successives d'un assuré sont contradictoires, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle qu'il a faite lorsqu'il n'était pas conscient de ses conséquences juridiques (ATF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007, consid. 4.2.2; ATF I 36/05 du 19 avril 2006, consid. 3.6). S'agissant de la coordination entre les prestations de l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité, il y a lieu de rappeler que ces deux assurances sociales n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents: l'incapacité de travail pour l'assurance-invalidité et l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage. Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur

l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (ATF 9C_872/2009 du 30 juin 2010, consid. 4). En effet, les spécificités des conditions d'octroi des prestations de chacune de ces assurances signifient qu'une même atteinte à la santé ne donne pas forcément droit soit à des prestations du chômage, soit à des prestations de l'assurance-invalidité. Il peut y avoir des cas dans lesquels l'assuré ne peut prétendre ni aux unes, ni aux autres, et à l'inverse des situations dans lesquelles l'assuré a droit aux prestations de chacune de ces branches d'assurance. Cela tient au fait que l'aptitude au placement tient compte non seulement de la capacité de travail - non seulement dans l'activité exercée jusqu'alors, mais également dans un travail convenable - mais qu'elle est également évaluée en fonction d'aspects tels que l'absence de formation ou de connaissances linguistiques. En revanche, les organes de l'assurance-invalidité ne peuvent tenir compte de tels critères, étrangers à l'invalidité (ATF C 282/05 du 3 mars 2006, consid. 2.3). En l'espèce, l'intimé a retenu que l'incapacité de travail remontait au 1^{er} janvier 1996. a) Il y a préalablement lieu de constater que dans sa demande de prestations, le recourant a indiqué avoir dû cesser toute activité en 1996 pour des raisons de santé. Il a répété à l'expert psychiatre que c'est dès cette date qu'il n'avait plus pu s'insérer dans le monde du travail, en raison notamment de son épuisement. Cela ressort également de ses déclarations à son psychiatre traitant, qui a aussi fixé le début de l'incapacité complète de travail en 1996. Il n'est pas anodin que la Dresse R_____ cite cette même date comme celle à laquelle le recourant a interrompu toute activité professionnelle. Celui-ci n'a ainsi mentionné à aucun des médecins qu'il a consultés le travail exercé durant quelques mois en 1998, dans le cadre de l'assurance-chômage. Dès lors, si l'on se réfère aux affirmations du recourant à ces praticiens, celui-ci considère lui-même ne plus avoir eu de capacité de gain depuis 1996. La conclusion du Dr Q_____, qui considère que c'est en 1996 que s'est décompensé le trouble de la personnalité entraînant l'incapacité de travail, est ainsi corroborée par les divers éléments du dossier et découle des déclarations du recourant, qu'il doit se laisser opposer conformément à la jurisprudence citée ci-dessus. L'avis du médecin du SMR est ainsi parfaitement convaincant. Par ailleurs, on ne voit guère l'utilité d'un complément d'expertise. Il sied de rappeler que le Dr V_____ a souligné qu'il était difficile de reconstituer l'anamnèse du recourant. Or, en l'absence de rapports d'autres psychiatres ayant traité le recourant depuis 1996, un nouvel expert ne disposerait pas d'éléments lui permettant de dater avec plus de précision le début de l'incapacité que ceux qui ont amené le SMR à fixer le début de l'incapacité de travail au 1^{er} janvier 1996. En outre, comme cela ressort des principes dégagés par la jurisprudence et rappelés plus haut, les difficultés à établir avec exactitude le début de l'incapacité de travail ne permettent pas de retenir une date plus favorable au recourant. Partant, il s'avère superflu de mettre en œuvre un complément d'expertise. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). b) Le recourant argue du fait qu'il a perçu des indemnités de chômage et même exercé un emploi après le 1^{er} janvier 1996, ce qui démontre selon lui qu'il était alors capable de travailler. Cet argument n'est toutefois pas pertinent, puisque l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont pas un caractère complémentaire. On

ignore d'ailleurs si l'aptitude au placement du recourant a fait l'objet d'un contrôle par l'assurance-chômage sous l'angle de sa capacité de travail. En outre, selon les indications du recourant à l'expert psychiatre, il semble qu'il ait sollicité des prestations du chômage avant tout afin d'assurer sa subsistance, sans réelle volonté de réinsertion, puisqu'il ressort de l'expertise que le recourant avait renoncé dès 1996 « à une recherche très active d'emploi ». Il est vrai que le recourant a bien travaillé pendant un peu plus de cinq mois en 1998, mais il s'agissait là d'une mesure de marché du travail organisée par l'assurance-chômage et non d'une réelle réinsertion dans le monde du travail qui démontrerait un rétablissement de la capacité de gain. Par ailleurs, selon l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) dans sa teneur en force jusqu'au 29 février 2004, si la capacité de gain d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Dans le cas d'espèce, le recourant a été malade pendant quinze jours sur un peu plus de cinq mois d'activité, soit une interruption conséquente. Pour ce motif déjà, la première condition posée par l'art. 88a RAI pour admettre une diminution ou une suppression du droit à la rente n'est pas remplie. Par ailleurs, comme cela a été relevé par les Drs O _____ et V _____, le recourant connaît épisodiquement des périodes de rémission de ses troubles psychiques, qui réapparaissent toutefois après quelques semaines ou quelques mois, de sorte que même en cas d'amélioration transitoire de l'état de santé du recourant, on ne peut exclure une complication. Partant, la deuxième condition prévue par l'art. 88a RAI n'est pas non plus réalisée. En conséquence, l'activité temporaire exercée par le recourant en 1998 n'est pas suffisante pour supprimer son droit à la rente et reprendre le calcul de celle-ci en fonction des cotisations versées jusqu'à cette date. Eu égard à ce qui précède, c'est bien le 1^{er} janvier 1996 qui s'impose avec le plus de vraisemblance comme la date du début de l'incapacité de gain du recourant. Il y a néanmoins lieu de relever que conformément aux dispositions légales exposées, le droit à la rente n'est né qu'une année après le début de l'incapacité de travail, soit le 1^{er} janvier 1997. Or, conformément à l'art. 29 bis LAVS, les cotisations et les revenus réalisés jusqu'au 31 décembre précédant l'année de la survenance de l'invalidité - qui coïncide avec la naissance du droit à la rente, comme on l'a vu plus haut - doivent être pris en compte dans le calcul de la rente. En l'espèce, le calcul de la rente aurait donc dû inclure les années de cotisations et les revenus jusqu'au 31 décembre 1996, et non pas jusqu'en 1995 seulement. Dans cette mesure, il y a lieu d'annuler la décision de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour nouveau calcul du montant de la rente. Le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour nouvelle décision et nouveau calcul au sens des considérants. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité pour dépens qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGa). La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoluments de 500 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'intimé du 13 juillet 2010. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision et nouveau calcul au sens des considérants. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Met un émoluments de 500 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du

Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.